



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA
SEGURA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN SERVICIO DE
QUIRÓFANO EN EL HOSPITAL GENERAL ACAPULCO.**

TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA
MÉDICO QUIRÚRGICA.

PRESENTA:

L.E. CARITINA GATICA PINZÓN

DIRECTORA:

DRA. MARIBEL SEPULVEDA COVARRUBIAS

C.DISCIPLINAR: BIOSEGURIDAD EN ENFERMERÍA

L.G.A.C: CALIDAD EN LOS PROCESOS DE BIOSEGURIDAD EN ENFERMERÍA

ACAPULCO DE JUÁREZ, GRO., 07 DE FEBRERO DE 2020

TESIS

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA
SEGURA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN SERVICIO DE
QUIRÓFANO EN EL HOSPITAL GENERAL ACAPULCO.**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA
MÉDICO QUIRÚRGICA.

PRESENTA:

CARITINA GATICA PINZÓN

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARIBEL SEPÚLVEDA
COVARRUBIAS

COORDINADORA DE POSGRADO E

INVESTIGACIÓN:

M.C.E. EVA BARRRERA GARCÍA

VOCAL:

M.A.I.S. CRISANTEMA LEYVA
ALVARADO

SECRETARIO:

M.C.DORA LINA BAHENA ACEVEDO

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA
SEGURA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN SERVICIO DE
QUIRÓFANO EN EL HOSPITAL GENERAL ACAPULCO.**

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la oportunidad de disfrutar esta vida, por la oportunidad de estudiar el posgrado, por guiarme con cada uno de mis planes, y por ponerme en el camino a personas maravillosas como amiga(o)s así como las personas que han contribuido en la elaboración de este trabajo.

Agradezco enormemente a las enfermeras del área quirúrgica del Hospital General Acapulco por compartirme sus conocimientos y experiencias durante mis prácticas, y sobre todo por su colaboración para hacer posible esta investigación.

Agradezco a la maestra coordinadora de posgrado M.C.E Eva Barrera García, coordinadora de la especialidad quirúrgica M.A.I.S. Crisantema Leyva Alvarado, y a cada uno de mis docentes por el amor a la enseñanza y darme esta grata experiencia de ser alumna, llevándome conmigo los mejores aprendizajes.

Agradecimiento infinito a la Dra. Maribel Sepúlveda Covarrubias por su valiosa asesoría, apoyo y colaboración en la realización del presente estudio.

Agradecimiento al docente estadístico Dr. Lucio Díaz González, por su apoyo en el análisis estadístico para el desarrollo de los resultados.

L.E Caritina Gatica Pinzón

DEDICATORIA

A mis padres por darme la vida, amor, confianza, comprensión y su apoyo constante.

A mi hermano por brindarme su apoyo incondicional en todo momento, un ejemplo a seguir y por ser un buen amigo.

A mi tío por alentarme a seguir mis sueños a pesar de las confusiones que se me presentaron.

A mis amigas por los momentos felices convividos y que me dieron siempre las palabras de ánimo.

A mi gran amiga, que tuve como maestra en el medio superior por mostrarme el camino hacia la superación y enseñarme a confiar en mí.

A mi tía Leo por su cariño incondicional y sus palabras sabias en momentos oportunos.

L.E Caritina Gatica Pinzón

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	IV
DEDICATORIA.....	V
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
Capítulo 1 GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Objetivo.....	4
1.2.1 Objetivo general.....	4
1.2.2 Objetivo específicos.....	4
1.3 Hipótesis	5
1.4 Justificación.....	6
1.5 Contexto de la investigación	7
Capítulo 2 MARCOS	9
2.1 Marco Referencial	10
2.2 Estudio del Arte.....	16
2.3 Marco conceptual.....	17
2.3.1 Cirugía	17
2.3.2 Equipo quirúrgico.....	18
2.3.3 Enfermería.....	18
2.3.4 Cumplimento.....	20
2.3.5 Conocimiento.....	20
2.3.6 Quirófano.....	20
2.3.7 Periodo perioperatorio	20
2.3.8 Seguridad	20

2.3.9	Riesgo	21
2.3.10	Evento adverso	21
2.3.11	Guía de seguridad del paciente quirúrgico	24
2.3.12	Acciones esenciales para la seguridad del paciente:	25
2.3.13	Seguridad en los procedimientos	26
2.3.14	Lista de verificación de cirugía segura	29
2.4	Marco legal.....	33
2.5	Marco normativo	35
Capítulo 3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		37
3.1	Tipo y diseño de investigación	38
3.2	Ruta de la investigación	38
3.3	Método	38
3.4	Universo	38
3.5	Población	38
3.6	Muestra	38
3.8	Criterios de selección	39
3.9	Variables operacionales	39
3.10	Técnicas e instrumentos de investigación.....	39
3.11	Análisis de la información	40
3.12	Limitaciones metodológicas	40
3.13	Consideraciones éticas	41
Capítulo 4 RESULTADOS.....		42
Capítulo 5 DISCUSIÓN		53
Capítulo 6.....		57
CONCLUSIONES.....		58

PROPUESTAS.....	59
Capítulo 7 BIBLIOGRAFÍA.....	60
Capítulo 8 ANEXOS	64

RESUMEN

Objetivo: Determinar el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería en servicio de quirófano en el Hospital General.

Metodología: Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y observacional. Con una muestra de 18 personal de enfermería que labora en el servicio de quirófano, usando como instrumento la guía de observación y aplicación de un cuestionario. **Resultados:**

El cumplimiento de la LVCS en el hospital general por el profesional de enfermería fue de 5.6% de forma excelente y el 33.3% no cumple. El nivel de conocimiento del personal de enfermería se encontró que solo el 16.7% presenta conocimiento alto y el 5.6% conocimiento bajo. Según las tres fases de la lista de verificación de cirugía segura: en la entrada se cumplió de forma mínimo con un 27.8% y no cumplió con 27.8%; en la pausa se cumplió de forma mínimo con 66.7% y en la salida se cumple significativamente con un 38.9%. La relación entre el conocimiento y cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería en Hospital General de Acapulco no tuvo significancia estadísticamente. **Conclusión:** La mayoría del personal de enfermería en el servicio de quirófano del Hospital General Acapulco no realiza el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura. El conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería en el quirófano del Hospital General se encontró en un nivel medio.

Palabras claves: Cumplimiento, Lista de verificación de cirugía segura, Conocimiento, Enfermería.

ABSTRACT

Objective: Determine compliance with the safe surgery checklist by nursing staff in the operating room at the Acapulco General Hospital. **Methodology:** Quantitative, cross-sectional, descriptive and observational study. With a sample of 18 nurses working in the operating room, using as an instrument the observation guide and application of a questionnaire. **Results:** The compliance of the LVCS in the Hospital General by the nursing professional was 5.6% excellently and 33.3% does not comply. The level of knowledge of nursing staff was found that only 16.7% have high knowledge and 5.6% have low knowledge. According to the three phases of the list, safe surgery was verified: at the entrance, a minimum of 27.8% was fulfilled and 27.8% did not comply; in the pause, a minimum of 66.7% was fulfilled and at the exit a 38.9% was significantly fulfilled. The relationship between knowledge and compliance with the checklist of safe surgery by nursing staff at Acapulco General Hospital was not statistically significant. **Conclusion:** The majority of nurses in the operating room of the Acapulco General Hospital do not comply with the safe surgery checklist. Knowledge about the checklist of safe surgery in nursing staff in the operating room of the Acapulco General Hospital was found at a medium level.

Keywords: Compliance, Checklist of safe surgery, Knowledge, Nursing.

Capítulo 1 GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La seguridad de los pacientes es un tema que involucra de gran manera al personal de enfermería que proporciona el cuidado de los pacientes de forma directa e interdisciplinariamente durante el proceso de tratamiento quirúrgico.

La seguridad del paciente es un grave problema de salud pública en todo el mundo. La cirugía representa uno de los pilares básicos del tratamiento médico en los países desarrollados. Uno de cada 300 pacientes sufre daños ocasionados por la atención médica, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008). Se calcula que cada año se hospitaliza a 421 millones de persona y que, en su estancia en el hospital, estos pacientes sufren 42.7 millones de eventos adversos, de los cuales el 50% de ellos podrían prevenir. (OMS, 2008; Rivas, 2015). La gestión de todos los aspectos de los eventos adversos representa el 15% del gasto sanitario, se calcula que los daños causados a pacientes solamente de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE ascienden a miles de millones de dólares cada año. Anualmente en el mundo se realizan 234 millones de intervenciones de cirugía mayor, lo que equivale aproximadamente a una operación por cada 25 personas. (Lima, 2018; OMS, 2008)

Por todo lo anterior la seguridad de la cirugía se convierte alarmante por los números de cirugías realizadas y los riesgos que implican, diariamente hay riesgo de evento adverso, en misión de contribuir a evitar o aminorar este problema, en el año 2008, la OMS en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) consideraron la campaña “Cirugía Segura Salva Vidas” como el segundo reto mundial para enfrentarse a la problemática, determinando que la lista de verificación sea utilizada en todas las cirugías a nivel internacional. (OMS, 2009)

Estudios recientes han reportado que la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las salas de quirófanos no se cumple totalmente, presentándose áreas de oportunidad para garantizar la seguridad de los pacientes en el proceso quirúrgico. (Torres, 2014).

La enfermera circulante es la encargada de planificar todo el acto quirúrgico; así como del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura, de formular las preguntas y cumplir en marcar las casillas, determinando que en caso de imposibilidad puede ser cualquier otro profesional sanitario que participe de la intervención, lo que a veces puede resultar complicado, ya que para conseguir la adecuada utilización del listado es básico el trabajo en equipo. Sin embargo algunos de ellos pueden percibirlo como una imposición, una pérdida de tiempo o incluso una interrupción en el ritmo de trabajo. Por lo que resulta difícil para enfermería gestionar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. (Barrios, 2017)

De lo anterior se establece la siguiente pregunta:

¿Cuál es el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del servicio de quirófano del Hospital General?

1.2 Objetivo

1.2.1 Objetivo general

Evaluar el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería en servicio de quirófano en el Hospital General Acapulco.

1.2.2 Objetivo específicos

- Verificar el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura en las tres fases: entrada, pausa quirúrgica y salida, por el profesional de enfermería en el servicio de quirófano en el Hospital General.
- Identificar el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería en servicio de quirófano en el Hospital General.
- Relacionar el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura con el conocimiento que presenta el personal de enfermería sobre la misma.

1.3 Hipótesis

La mayoría del personal de enfermería en servicio de quirófano en el Hospital General Acapulco no realiza el cumplimiento adecuado de la lista de verificación de cirugía segura.

El conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Hospital General Acapulco es alto.

1.4 Justificación

La aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía es de vital importancia para mejorar la calidad de la atención quirúrgica, y así mismo salvaguardar la seguridad de los pacientes, minimizando los diversos eventos adversos evitables más comunes que pueden poner en peligro la vida y el bienestar de los pacientes, durante la cirugía. (Albino, Briceño y Moquillaza, 2017)

Según la OMS la inversión en la mejora de la seguridad de los pacientes puede redundar en ahorros económicos importantes, este estudio como tal no es inversión económica pero si una intervención para fortalecer el conocimiento. Para el personal de enfermería durante la capacitación será una inversión de su tiempo para mejorar la seguridad de la atención de sus pacientes, empoderándose en el manejo de la lista de verificación de cirugía segura.

También contribuirá en el fortalecimiento de la acción esencial de procedimiento seguro, si se implementa la capacitación-evaluación continua del personal sobre la lista de verificación de cirugía segura. En consecuencia, tendrá impacto sobre la institución ya que su personal ejercerá su profesión aplicando de forma correcta la lista de verificación de cirugía segura en la atención de sus pacientes en el perioperatorio mejorando la seguridad del paciente quirúrgico.

El presente trabajo de investigación determinará el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería que labora en el área quirúrgica con la intención de realizar intervenciones para concientizar la importancia de su aplicación adecuada así mismo reforzar sus conocimientos sobre cada uno de los aspectos de la lista para empoderarlos en el manejo de la lista.

1.5 Contexto de la investigación

Guerrero es un estado que abarca un territorio amplio, se compone de 7 regiones como son Acapulco, Costa grande, Costa chica, Región Centro, Región Norte, Tierra Caliente y Montaña. Cada región posee diferentes costumbres y tradiciones, así mismo algunos de sus localidades aún conservan y practican idioma de origen étnico (náhuatl, mixteco, tlapaneco, amuzgo), esto distingue a Guerrero como un estado de diversidad cultural.

Acapulco, es la región ubicada en las costas del mar, con una población numerosa con 810 669 habitantes según la INEGI, 2015; siendo la ciudad más poblada del estado. Un lugar caracterizado por sus playas, clima cálido subhúmedo y lleno de lugares turísticos, es una ciudad grande donde toda la gente concurre por motivos de mercancías, negocios, estudios entre otras actividades. La mayoría de los pobladores del estado de Guerrero llegan a radicar en la ciudad, por el hecho de observarla como lugar para progresar en la economía.

De la misma manera que es una población urbanizada cuenta con más servicios y tecnología en comparación con los demás municipios del estado, hablando del sistema de salud, por ello la mayoría de las atenciones médicas son referidas a los hospitales de esta ciudad.

El estudio se llevará a cabo en el Hospital General Acapulco ubicado sobre la Carretera federal México-Acapulco, Lote 1-2, Col. Sección los órganos, Localidad Los órganos de San Agustín (El Quemado), C.P: 39901, Acapulco de Juárez, Guerrero, está sobre una superficie de casi 20 mil metros cuadrados, ofreciendo servicio a aproximadamente 322 mil 845 habitantes, tanto del puerto como pacientes de los municipios aledaños, a través de sus 29 espacios destinados para consulta externa, 6 salas de cirugía, 2 salas de expulsión, 120 camas en el área de hospitalización, área de Neonatología, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía, asimismo tendrá una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Unidad de Terapia Intermedia Neonatal, Central de Equipos y Esterilización (CEYE), Unidad de Imagenología para Rayos X, Tomografía y Ultrasonido, además de cuatro laboratorios.

También cuenta con unidad de Urgencias y de Medicina Transfusional, aula de usos múltiples, módulo de Seguro Popular, Farmacia, Servicios Generales, Anatomía Patológica y un área de Investigación y Enseñanza, además del área de gobierno. Enfocándose al área interés para la investigación en las salas de los quirófanos donde participa la enfermera circulante encargada de la atención del paciente quirúrgico y de la lista de verificación de cirugía segura. El área de quirófano se ubica en el primer piso, cuenta con 6 salas, 5 salas funcionales designadas para cirugías programadas de las especialidades de traumatología, ginecología, cabeza y cuello, cirugía general, y una sala para emergencias; se realizan un aproximado de 12 cirugías programadas al día. En la planta baja hay 1 sala designada para cesáreas urgencias y emergencia. En las salas laboran un aproximado de 12 enfermeras circulantes; distribuidas en turno matutino, vespertino, nocturnos de 12 horas y jornadas acumuladas.

Capítulo 2 MARCOS

2.1 Marco Referencial

La seguridad del paciente quirúrgico es de vital importancia, por lo que se establece el uso de la lista de verificación de la seguridad de cirugía en las tres fases del transoperatorio, algunos estudios realizados al respecto son los siguientes:

A nivel internacional

Rentería Ortiz (2019) realizó un estudio titulado “**Nivel de cumplimiento del llenado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque – 2018**”. Su objetivo fue determinar el nivel de cumplimiento del llenado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía durante el intraoperatorio en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Fue una investigación cuantitativa, descriptiva, prospectiva, de identificación y transversal. La muestra estuvo conformada por 224 listas de chequeo de cirugía segura del HPBDL, durante el cuarto trimestre 2018; Se aplicó la técnica de observación; teniendo como instrumentos la lista de verificación de la seguridad de la cirugía y la guía de observación para: Enfermeros, Anestesiólogos y Cirujanos. Resultados. Respecto al nivel de cumplimiento del llenado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía los anestesiólogos están en primer lugar con 75.7%, seguido por las enfermeras con el 73.9%, y los cirujanos con el 50.5%. De acuerdo a las fases del llenado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque; tenemos que la de mayor cumplimiento en la fase Entrada con un 89.3%, seguida de la fase Salida en un 66.0% y por último la fase Pausa con un 50.5%. Conclusión. El nivel de cumplimiento del llenado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía durante el intraoperatorio fue de 71.6%.

Chunga Sandoval (2018) investigó el “**Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico en el servicio de sala de operaciones de emergencia del hospital nacional Arzobispo Loayza, Lima abril 2018**”. Su objetivo fue determinar el cumplimiento del listado de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico en sala operaciones de Emergencia del hospital nacional arzobispo Loayza, Lima, abril 2018. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte

transversal y prospectivo; una muestra de 96 listas de verificación de cirugía segura; mediante la técnica la observación documental y como instrumento la LVCS elaborado por la Organización Mundial de la Salud. Resultados: Las LVCS en el hospital nacional arzobispo Loayza, predomina un cumplimiento parcial con un 50,92%, un no cumplimiento con un 28,70%, un cumplimiento mínimo con un 14,81% y un cumplimiento de excelencia con un 5,55% de la lista de verificación de cirugía segura.

Torres AL (2017) realizó un estudio en Perú, titulado “**Cumplimiento de lista de verificación de cirugía segura, Servicio de centro quirúrgico del hospital Daniel Alcides Carrión-Huancayo**”. Fue cuantitativo, descriptivo y transversal con una muestra de 138 LVCS, donde solo el 0.7% de los casos cumple de forma excelente, 0.7% de forma parcial, 2.2% de forma mínimo y el 96.4 no cumple con la Lista de Verificación de Cirugía Segura. Concluye que el personal de centro quirúrgico no cumple con la Lista de Verificación de la Cirugía Segura (LVCS), en los tres momentos.

Izquierdo F. (2016) realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en Lima, Perú sobre “**Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo**”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo, donde obtuvo resultados: del 100% Historias clínicas, un 68% no cumple la lista de verificación de cirugía segura (LVCS), y un 32% cumple. En la etapa antes de la inducción anestésica cumple 91% y un 9% No Cumple; en la Pausa quirúrgica cumple 77% y un 23% No Cumple y en la tercera etapa cumple 58% y un 42% No Cumple. Llegó a la conclusión que la mayoría del personal de Centro Quirúrgico del Hospital Dos de Mayo no cumple la LVCS, sin embargo un porcentaje significativo cumple; la enfermera realizó el mayor cumplimiento, seguido del Anestesiólogo y finalmente el Cirujano. Dentro de los ítems de cumplimiento, la enfermera registra que el equipo quirúrgico se presente al paciente según función, sin embargo un porcentaje significativo incumple en registrar la firma de la lista de chequeo; asimismo el

anestesiólogo cumple en prever el manejo de la vía aérea; no obstante un porcentaje significativo no cumple que el equipo quirúrgico revise los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente. Finalmente, el cirujano cumple en la verificación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento quirúrgico, sin embargo un porcentaje significativo incumple en registrar que el cirujano revise los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.

Pozo CN. (2015), investigó **“Verificación de la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la organización mundial de la salud (OMS) desde la perspectiva del paciente, en el hospital metropolitano de Quito en el año 2015”**, fue un estudio descriptivo, donde participó un total de 99 pacientes, encontrando que los ítems de la lista de verificación se cumplieron en el 79%, según los pacientes. El ítem de menor cumplimiento (50%) fue el de marcar el sitio quirúrgico. De las personas que conforman el equipo quirúrgico los que menos se presentaron con su nombre y función fueron el instrumentador quirúrgico (52%) y la enfermera circulante (32%). Un 30% de los pacientes refirió sentir temores relacionados con errores en la cirugía, el 89% de pacientes respondió haberse sentido seguro en quirófano, y un 99% de pacientes recomendaron este hospital para intervenciones quirúrgicas. El autor concluye que la aplicación de la lista de verificación de la OMS no es aplicada adecuadamente en el Hospital Metropolitano de Quito, según la percepción de los pacientes.

Fuentes Huamán (2018) realizó un estudio titulado **“Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza”** en Perú, tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación del equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del Hospital Arzobispo Loayza, 2018. Fue un estudio hipotético deductivo con un enfoque cuantitativo, de tipo aplicada que tiene un diseño no experimental, de corte transversal con un nivel de investigación descriptivo correlacional. La investigación llegó a la conclusión general,

que existe correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación del equipo quirúrgico de la sala de operaciones.

En Perú, Lázaro R. (2017) llevó a cabo una investigación titulado **“Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en relación a su aplicación por el profesional de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Limatambo”**, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017. Fue de tipo descriptivo correlacional, y los datos fueron recolectados en forma individual de cada uno de las 40 profesionales de enfermería del centro quirúrgico. Donde llegó a la conclusión que existe relación directa entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, del mismo modo que entre el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y cada una de las dimensiones de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

En Ecuador, Moreta Sanafria (2015) realizó el estudio sobre **“Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa”** fue de tipo descriptivo, con el objetivo de determinar el grado de conocimiento de la aplicación de la lista de verificación en los diferentes profesionales del equipo quirúrgico a través de una encuesta directa, obteniendo que solo el 11% de todos los profesionales cumplieron la normativa completamente, dentro de este grupo las enfermeras son las que más la cumplieron. Los anestesiólogos son los profesionales que por preguntas individuales poseen mayor conocimiento. Los puntos donde existen mayor dificultad en su conocimiento se basan en la profilaxis antibiótica y sobre la persona que debe aplicar la lista. Concluye con esta investigación que el grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es menor de lo esperado, la falta del conocimiento de su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico se han reconocido como errores que llevan al incumplimiento de la norma.

A nivel nacional

López E, Arroyo J, Zamora A y Montalvo A (2016) realizó en Sinaloa, México, la investigación sobre **“La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad”**. Fue un estudio de cohortes que compara la incidencia de eventos adversos y mortalidad tras aplicar una estrategia de seguridad en el paciente quirúrgico, obtuvo como resultado: las complicaciones disminuyeron de 11.4% a 4.3%, protegiendo contra complicaciones potencialmente prevenibles en un 66.3%. El tipo de complicaciones donde se encontró una mayor relevancia estadística fueron la infección postquirúrgica y la hemorragia mayor, con 77% y 59.7% menos complicaciones. Conclusión: Se observó una reducción de más del 60% de las complicaciones tras aplicar la lista de verificación de cirugía segura, con una efectividad comparable a la reportada en el resto de los estudios realizados en hospitales a nivel internacional.

Trujillo MG, et al., (2016) llevaron a cabo el estudio **“Evaluación del cumplimiento de la lista de verificación en el área quirúrgica del hospital de alta especialidad de Chiapas”** de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, donde: en la entrada se encontró un bajo porcentaje en el proceso de la demarcación del sitio con un 76% en la pausa, se encontró un bajo porcentaje en el proceso del cirujano, anestesiólogo y enfermera, que lo confirman con un 83%, y en la salida se encontró un bajo porcentaje en el proceso de recuperación, tratamiento; el quipo lo registra en la historia (67%). Finalizó que la lista de verificación de cirugía segura se cumple un promedio del 80% en la entrada quirúrgica, 83% en la pausa quirúrgica y un 90% en la salida.

En Tabasco, México., Félix, Vicente y De La Cruz (2015). Realizaron un estudio **“Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México”**, de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal. Con la finalidad de evaluar el nivel de conocimiento e implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica, en el periodo de abril 2014–diciembre 2015, con una muestra constituida por 78 profesionales de salud del equipo quirúrgico, Obteniendo como resultados que el nivel de conocimiento del equipo quirúrgico acerca de la seguridad quirúrgica fue bueno en

77% de los participantes. En la evaluación del cumplimiento se encontró en la fase 1 antes de la anestesia un promedio de 85.6 % que corresponde a un cumplimiento bueno, en la fase 2 antes de la incisión de la piel 79.86% o cumplimiento regular y la fase 3 antes que el paciente abandone el quirófano 85.2% o cumplimiento bueno. Concluyendo que las evaluaciones de las tres etapas de la verificación de la seguridad quirúrgica en el paciente pediátrico permitieron identificar las áreas de oportunidades para mejorar su implementación, disminuir el número de complicaciones, muertes evitables y avanzar sobre una cultura de seguridad del paciente quirúrgico.

Torres I, Villanueva ME & Marroquin MA, (2014) realizaron un estudio en México sobre **Nivel de apego del equipo quirúrgico al cumplimiento en la lista de verificación de cirugía segura “en un hospital general de zona”**, el diseño fue observacional, descriptivo donde el nivel de apego a la Lista de Verificación de Cirugía Segura fue del 76%, lo cual indica un cumplimiento parcial, en la fase pre quirúrgica del 96%, en el intermedio quirúrgico un 77% y en el tiempo de salida en un 65%. Concluyeron que la correcta aplicación y llenado de la lista de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico se cumplió parcialmente. Encontrándose áreas de oportunidad que garanticen la seguridad de los pacientes en el proceso quirúrgico.

A nivel local

Mejía AG, Villanueva R y Terrazas S. (2018), realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar el impacto de una intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área Quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco 2017. Consistió en trabajo de investigación de tipo cuantitativo transversal y de diseño cuasi experimental, el muestreo fue por conveniencia, se incluyó 80 evento quirúrgico realizados durante el periodo de recolección de información del 5 al 29 de diciembre de 2017. Como resultado previo a la intervención educativa el porcentaje del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura fue del 46.43%, con respecto a la mediana de los porcentajes. Después de la intervención incrementó un 28.57% más al cumplimiento inicial, dando un porcentaje del cumplimiento pos-intervención hasta un 75.00%. Concluyeron que la intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura si tuvo impacto.

2.2 Estudio del Arte

2.2.1.1 Historia de la cirugía

La cirugía, rama fundamental de la medicina, es prácticamente tan antigua como la humanidad. Restos humanos muy antiguos presentan huellas de intervenciones quirúrgicas.

El concepto de cirugía se originó en la más remota antigüedad; su nombre, derivado del griego χειρουργία, habla además de su linaje mitológico. Según su etimología, el término significa “rama de la medicina que trata los padecimientos por medios manuales e instrumentales”, y comprende el tratamiento integral de los enfermos que se atienden con esta disciplina. La cirugía es uno de los resultados del desarrollo del conocimiento humano; su evolución ha acompañado paso a paso los cambios sociales, económicos y culturales a lo largo del tiempo. Muchos de estos cambios se verifican ahora mismo, y se planean innovaciones insospechadas que habrán de surgir en el futuro. (Abel, 2014)

2.2.1.3 Teórica

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

Virginia Henderson en 1966 define en términos de funciones, “es la promoción, la protección del personal logrando optimizar la salud y las capacidades del personal de salud, con el objetivo de prevenir enfermedades adicionales, lesiones dentro del ambiente hospitalario y aliviar el sufrimiento a través de un diagnóstico y tratamiento frente a la respuesta humana, en conjunto con un apoyo activo del individuo familias y la misma comunidad”, (Criollo, 2017).

La esencia de este estudio es la seguridad del paciente quirúrgico, uno de las 14 necesidades del ser humano de Virginia Henderson: la necesidad de la Seguridad del entorno.

2.3 Marco conceptual

Los procedimientos quirúrgicos presentan un riesgo inmenso para los pacientes, y los resultados adversos de los pacientes se deben con frecuencia a habilidades no técnicas de calidad inferior entre el personal quirúrgico. La implementación de una Lista de verificación de seguridad quirúrgica de 19 ítems, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, se está aplicando en los quirófanos a nivel mundial.

2.3.1 Cirugía

Cirugía es “todo procedimiento realizado en quirófano que comprende la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido; generalmente requiere anestesia regional, general o sedación profunda para controlar el dolor” (OMS, 2012). La cirugía (del griego cheiros, “manos”, y ergon, “trabajo”) es la rama de la medicina relacionada con la manipulación física de las estructuras del cuerpo con fines preventivos, diagnósticos o curativos. Es una técnica que consiste en intervenir físicamente en los tejidos u órganos de un paciente. (García y Rincón, 2012).

2.3.1.1 Clasificación por su extensión

Cirugía mayor. Supone la utilización de diferentes tipos de anestesia general y representa mayor riesgo para el paciente. Entre ellas se cuentan las cirugías de cabeza, cuello, tórax y abdomen. El tiempo de recuperación es largo y el paciente por lo general permanece en terapia intensiva o bien varios días en hospitalización. (García y Rincón, 2012)

Cirugía menor. Se realiza con anestesia local y supone un menor riesgo y menor tiempo de estancia. El tiempo de recuperación es corto y el paciente retorna con rapidez a sus actividades normales; no requiere hospitalización. Las complicaciones en estos tipos de cirugía son muy esporádicas. (García y Rincón, 2012)

2.3.1.2 Clasificación en función del grado de urgencia (García y Rincón, 2012):

Urgencia inmediata. Pone en peligro la vida, y en ella no se dispone de tiempo para estabilizar al paciente.

Urgencia diferida. Pone en peligro la vida, pero se dispone de un tiempo corto para estabilizar al paciente desde el punto de vista hemodinámico.

Programada. No existe necesidad de hacerla de manera rápida o fortuita (como sucede, por ejemplo, en una colecistectomía) y no pone en peligro la vida del paciente.

Electiva. No pone en peligro la vida del paciente y se programa con cierto tiempo de anticipación; el paciente determina si se realiza o no. (García Flores & Rincón Sánchez, 2012)

2.3.2 Equipo quirúrgico

Por equipo quirúrgico se entiende a los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrados en el procedimiento quirúrgico. (OMS, 2008)

2.3.3 Enfermería

Según la norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, la enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. (DOF, 2013)

Enfermería es el cuidado que se otorga a las personas en las diferentes etapas de salud o enfermedad. Estos cuidados se realizan de forma interdisciplinaria e independiente. En general, la enfermera tiene la responsabilidad de encaminar sus esfuerzos hacia el fomento de entornos seguros no sólo para el paciente, sino también para la práctica profesional. (Rincón Sánchez & García Flores, 2012)

Enfermería: A la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependiente. (DOF, 2013)

2.3.3.1 Funciones

La enfermería tiene cuatro funciones básicas o especializaciones (DOF, 2013):

Asistencial: se enfoca en la función social y consiste en el cuidado de los pacientes.

Investigadora: recopila conocimientos médicos basados en evidencias para el mejor tratamiento.

Docente: forma enfermeros y educa ciudadanos.

Administradora: consiste en la gestión del cuidado, o sea, la planificación, organización y evaluación de los profesionales con respecto a los cuidados médicos necesarios.

2.3.3.2 Enfermería quirúrgica

Atkinson y Fortunato (2000) define a la enfermería quirúrgica profesional, como: La identificación de necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas del paciente, y la implementación de un programa individualizado para cuidados de enfermería que coordina las intervenciones de esta última, con base en un conocimiento de las ciencias naturales y del comportamiento, con el objetivo de restablecer o mantener la salud y bienestar del paciente, antes, durante y después de la cirugía. (Lois Hamlin, 2010)

2.3.3.3 Enfermería circulante

Proporciona los siguientes cuidado; aplicación del proceso enfermería, mantenimiento de un ambiente cómodo y seguro para el paciente mediante la implementación de los principios de asepsia, provisión de ayuda a cualquier miembro del equipo quirúrgico, identificación de cualquier peligro potencial ambiental que afecte al paciente, mantenimiento del nexo de comunicación entre los miembros del equipo y los acontecimientos que se producen en el área estéril con las personas que no están en el quirófano (Brunner y Suddarth, 2013). Responsabilidades de la Enfermera Circulante:

Anticipar las necesidades del equipo quirúrgico antes y durante la cirugía.

Vigilar cualquier falta de la técnica aséptica e iniciar una acción correctiva.

Llevar a cabo el recuento del instrumental quirúrgico junto con la enfermera instrumentista.

Manipulación y etiquetado apropiados del tejido humano extirpado mediante cirugía y los materiales extraídos.

Tomar decisiones en favor del paciente anestesiado.

Registrar los cuidados transoperatorios de enfermería.

2.3.4 Cumplimiento

Cumplimiento. Se refiere a la acción de llevar a efectuar algo, es decir la realización de un deber o de una obligación. (REA; Hurtado, 2019)

2.3.5 Conocimiento

El diccionario de la Real Academia Española define conocimiento como: El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia. El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores.

2.3.6 Quirófano

2.3.6.1 concepto

Unidad quirúrgica, al conjunto de servicios, áreas y locales con la infraestructura física y equipamiento necesario para la atención en los periodos pre, trans y post quirúrgicos, de los pacientes que requieren ser sometidos a procedimientos quirúrgicos. (García y Rincón, 2012)

2.3.7 Periodo perioperatorio

Periodo que comprende desde el ingreso en el hospital para someterse a una intervención quirúrgica hasta el alta del paciente (SSA, 2013). Se divide en tres etapas:

- Preoperatorio
- Transoperatorio
- Postoperatorio

2.3.8 Seguridad

2.3.8.1 Concepto

La Seguridad del Paciente se define como la “ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria”. Se conoce como tal al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por

minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Una práctica clínica segura exige alcanzar tres objetivos: identificar que procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son los más eficaces, garantizar que se apliquen a quién los necesita y que se realicen correctamente y sin errores. Es la atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento. (DOF, 2017)

Barrera de seguridad. Una práctica segura que se lleva a cabo en una unidad de salud, que se desprende de un análisis de los eventos adversos ocurridos y que tiene como objetivo principal prevenir o disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento de esta naturaleza.

2.3.9 Riesgo

Riesgo: Contingencia o proximidad de un daño. Real Academia Española.

En las ciencias de la salud el riesgo es entendido como la probabilidad de sufrir una determinada enfermedad o padecimiento que incide directamente en la disminución de la calidad de vida de las personas, por ello la importancia del conocimiento de los factores de riesgo radica en que es imprescindible para la proyección de estrategias y políticas de promoción de salud y prevención de diversas enfermedades, complicaciones o eventos adversos. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sino que se asocian con el evento, y, como tienen valor predictivo, pueden usarse para la prevención según la OMS.

2.3.10 Evento adverso

EVENTO ADVERSO: a aquel incidente que genera daño al paciente, causado después de que éste ingresa a la institución médica y está relacionado más con el cuidado proveído, o con ocasión de éste, que con la enfermedad que sufría originalmente y por la cual requirió su internamiento a la unidad hospitalaria. Este tipo de incidentes constituye un resultado no deseado para el paciente, que puede ser o no consecuencia de un error, y el cual surge durante la atención clínica, causando lesiones físicas o psicológicas a un paciente, es decir, el Evento Adverso es el daño

ocasionado al paciente a partir de la atención o intervención en salud y que no es producida intencionalmente. (Fernández, 2015)

Principales conceptos vinculados a los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente (Fernández Cantón S. B., 2015)

Daño asociado a la Atención Sanitaria: Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de la atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

Incidente relacionado con la Seguridad del Paciente: Es un evento o circunstancia que sucede durante la atención clínica de un paciente y que si bien no le genera un daño directo a su salud, sí le afecta en la medida que al ocurrir fallas en los procesos de atención, afectan en cierta medida a la persona, generalmente debido a que se prolongue su estancia hospitalaria.

Evento Adverso: Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente.

Evento Adverso grave: Evento adverso que ocasiona la muerte, contribuye a ella, produce una discapacidad o genera una intervención quirúrgica.

Evento Adverso moderado: Si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración.

Evento Adverso leve Si ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.

Evento Adverso prevenible: Incidente que no se habría producido si el paciente hubiese recibido la atención adecuada para la ocasión

Incidente con daños Denominado también como Evento Adverso, que es un incidente que causa algún daño al paciente.

Incidente sin daños: Es aquél en que un evento alcanza al paciente, pero que no le causa algún daño apreciable.

Error: Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error de omisión), ya sea en la fase de planificación o de la ejecución.

Infracción: Es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos. Tanto los errores como las infracciones elevan el riesgo, aunque no llegue a producirse un incidente.

Cuasierror: Es un incidente que no alcanza al paciente, pero que evidentemente debe ser considerado para estudio.

Por otra parte, tenemos la definición de lo que es un incidente (IN), mismo que se reconoce como un evento o circunstancia que sucede durante la atención clínica de un paciente y que si bien no le genera un daño directo a su salud, si le afecta en la medida que al ocurrir fallas en los procesos de atención, alteran en cierta medida a la persona, generalmente debido a que, por ejemplo, se prolonga su estancia hospitalaria. Frecuentemente al conjunto de ambos, eventos adversos e incidentes, se les denomina Sucesos Adversos (SA). No obstante ocurre en muchas ocasiones que durante la estancia hospitalaria no llegan a conformarse tales sucesos adversos (ni eventos ni incidentes), pero sí ocurren ciertos hechos que en principio no debieron presentarse: tal es el caso de los errores, cuasi errores o fallas, que si bien no implica consecuencias respecto al paciente, su estudio es relevante en cuanto que son precursores de situaciones que podrían haber llegado a ser graves.

Los eventos adversos pueden ser clasificados desde varias perspectivas, según su condición de evitabilidad, el nivel de severidad del daño producido y su tipología siguiendo el carácter y el ámbito de ocurrencia

Según condición de evitabilidad. Los eventos adversos deben clasificarse según se haya revisado si estos pudieron ser evitables o no.

Según nivel de severidad del daño producido. Se mencionó que un evento adverso es aquel que causa algún daño al paciente; de acuerdo a ello y como consecuencia de lo anterior, los eventos adversos se clasifican como graves, moderados y severos, según

los siguientes principios: a) es un evento adverso denominado como grave, si ocasiona la muerte o incapacidad de la persona (o si contribuye a ello) o que implique una nueva intervención quirúrgica; b) es un evento adverso moderado, si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración o más; y c) se clasificará un evento adverso como leve, si ocasiona alguna lesión o complicación mínima, sin prolongación de la estancia hospitalaria. Según la tipología de la problemática que los originó.

Los eventos adversos e incidentes pueden surgir por múltiples causas, las cuales en un primer agrupamiento se organizan según grandes categorías de análisis ; destacándose entre las principales aquellas relacionadas con aspectos de carácter administrativo, con procesos o procedimientos clínicos, con aspectos relacionados con los cuidados hospitalarios, con situaciones vinculadas a procesos de medicación, con tratamientos diversos, como aquellos relacionados con productos sanguíneos, de la nutrición o el oxígeno, gases y vapores; los problemas de comunicación ocupan un lugar particular, por la gran trascendencia de éstos; se considera también un grupo de causas originadas por deficiencias de los establecimientos médicos, incluyendo cuestiones relativas a recursos humanos y materiales o a problemas de gestión de la organización. (Fernández Cantón S. B., 2015)

2.3.11 Guía de seguridad del paciente quirúrgico

Guía de seguridad del paciente quirúrgico. Se entiende por el protocolo que informa de la asistencia segura a pacientes quirúrgicos y/o sometidos a procesos invasivos intervencionistas contempla atención protocolizada en las tres fases de la cirugía (PRE: Profilaxis para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes de riesgo, Barreras estériles durante la colocación de catéteres venosos centrales y vesicales, Profilaxis antibiótica perioperatoria, Preguntar a los pacientes si revocan o reiteran lo dicho durante el proceso de consentimiento informado, Señalización de punto de operación en órganos o miembros pares, Preparación de la zona quirúrgica. INTRA: Uso de colchones especiales para la prevención de úlceras por presión. Catéteres centrales impregnados de antibióticos, Verificación del punto de operación, Protocolo de prevención de efectos adversos de la anestesia, Medidas de prevención

de riesgo ambiental en quirófano: derivadas del aparataje –v.g. bisturí eléctrico, gases- o del ambiente – v.g. aspergillus-, Gestión de muestras biológicas extraídas a los pacientes, Recuento de material quirúrgico y gasas. POST: Control de sangrado y constantes hemodinámicas, cuidado aséptico de la herida y catéteres, prevención de neumonía y embolia pulmonar, Aporte nutricional adecuado, Prevención de fractura de cadera postquirúrgica. (SSA, 2013)

2.3.12 Acciones esenciales para la seguridad del paciente:

Según el acuerdo en el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (DOF, 2017), son las siguientes:

- 1. Identificación del paciente.** Mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los establecimientos del Sector Salud, utilizando al menos dos datos que permitan prevenir errores que involucran al paciente equivocado.
- 2. Comunicación Efectiva.** Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así, reducir los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales o telefónicas.
- 3. Seguridad en el proceso de medicación.** Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes.
- 4. Seguridad en los procedimientos.** Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano.
- 5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).** Coadyuvar a reducir las IAAS, a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

- 6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.** Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas.
- 7. Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.** Generar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinelas, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia.
- 8. Cultura de seguridad del paciente.** Medir la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. (DOF, 2017)

2.3.13 Seguridad en los procedimientos

El Protocolo Universal debe realizarse en todos los procedimientos quirúrgicos que se realicen en la sala de operaciones y en los que se realicen fuera de ella, así como en los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que la organización determine. (CSG, 2017)

MARCADO DEL SITIO ANATÓMICO: Cuando es posible, el marcado del sitio anatómico involucra la participación del paciente o su tutor responsable cuando el paciente no se encuentre en condiciones que le permita participar durante el proceso de marcado del sitio anatómico, y se lleva a cabo colocando una marca o señal estandarizada e inequívoca definida por la organización, sobre la piel del paciente, que permanezca después de la realización de la asepsia y antisepsia. La marca debe ser la misma en toda la organización, debe ser efectuada por alguna de las personas que formará parte del equipo multidisciplinario durante el procedimiento, debe hacerse de preferencia y de ser posible, estando el paciente despierto y consciente, y debe estar visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto.

El sitio anatómico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples (por ejemplo, dedos de las manos) o niveles múltiples (por

ejemplo, columna vertebral) y cuando la realización del procedimiento en un sitio diferente pudiera afectar de manera negativa la calidad o la seguridad del paciente (por ejemplo, en cirugía cardíaca donde el abordaje quirúrgico para un mismo procedimiento puede ser esternal o costal).

El marcado del sitio anatómico idealmente debe llevarse a cabo por el médico que realizará el procedimiento; sin embargo, esta responsabilidad se puede delegar a un médico interno de pregrado, médico residente o personal de enfermería (inclusive en formación) supervisado y validado por el médico responsable u otro personal clínico competente, siempre y cuando conozca el caso del paciente y vaya a estar presente durante el procedimiento.

En la cirugía oftalmológica se debe marcar la piel del paciente (por ejemplo, frente, párpado u órbita). En los procedimientos odontológicos, se omite el marcado por lo que debe elaborarse siempre un odontograma, no así en la cirugía maxilofacial en la cual deberá llevarse a cabo, si corresponde, el marcado del sitio anatómico.

El marcado del sitio anatómico puede omitirse en los siguientes casos y realizarse de manera documental:

- Cirugía de urgencia para no demorarla por falta de marcado preoperatorio.
- Cuando la lesión es claramente visible, por ejemplo, en fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.
- En procedimientos de mínima invasión que impliquen la intervención de un órgano interno bilateral, ya sea que la vía de acceso sea percutánea o por un orificio natural, a menos que la organización defina que en estos casos se llevará a cabo el marcado documental.
- Cuando la marca es técnica o anatómicamente imposible, por ejemplo, en mucosas o perineo.
- En pacientes prematuros ya que pudiera causar una marca permanente.
- Como alternativa en pacientes que no aceptan que se les marque la piel, aun después de brindarle educación acerca de su seguridad.

VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO: El propósito del proceso de verificación pre-procedimiento es verificar:

- a) El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP.1).
- b) El procedimiento correcto.
- c) La disponibilidad de todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados.
- d) La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios.
- e) Marcado del sitio anatómico, si corresponde.
- f) Alergias.
- g) Riesgo de sangrado, si corresponde.
- h) Entre otros que defina la organización.

TIEMPO FUERA. El tiempo fuera o “Time Out” es la confirmación de la información en el momento inmediatamente previo al inicio del procedimiento, permite resolver cualquier duda o confusión y debe realizarse siempre, independientemente si es una situación de urgencia. Lo esencial y mínimo a confirmar es el sitio anatómico, el procedimiento y el paciente correctos. La confirmación se lleva a cabo en el lugar donde se realiza el procedimiento, justo antes de comenzar, e implica la participación de todo el equipo que está involucrado en la realización del procedimiento.

La realización del Tiempo Fuera con el propósito de llevar a cabo el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto o cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente debe realizarse justo antes de iniciar, al menos, los siguientes procedimientos:

- a) Transfusión de sangre y hemocomponentes
- b) Radioterapia
- c) Terapia de remplazo renal con hemodiálisis
- d) Procedimientos quirúrgicos
- e) Toma de biopsias
- f) Procedimientos odontológicos en unidades ambulatorias

- g) Colocación/Retiro de dispositivos
- h) Estudios de gabinete que requieren medios de contraste.
- i) Terapia Electroconvulsiva (TEC)
- j) Colocación de accesos vasculares (CSG, 2017)

2.3.14 Lista de verificación de cirugía segura

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa La cirugía segura salva vidas como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos.

La Lista de verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables. (OMS, 2008)

El objetivo final de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos. (OMS, 2008)

Debe haber una única persona encargada de aplicar y rellenar la Lista de verificación durante una operación. Por lo general, ese “Coordinador de la lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico o profesional sanitario que participe en la operación. (OMS, 2008)

2.3.14.1 Fases de Lista de Verificación de Cirugía Segura:

Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida). (OMS, 2008)

Casi todos los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave.

“**Entrada**”, es decir, antes de la inducción de anestesia, el Coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente. Además, revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia. (OMS, 2009).

En la “Pausa quirúrgica”, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo se detendrá justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales. (OMS, 2009)

En la “Salida”, todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse

producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación. (OMS, 2009)

2.3.14.2 Principios

Lista de Chequeo se elaboró basándose en los siguientes 3 principios (OMS, 2008):

Simplicidad: Una lista exhaustiva de normas y directrices podría mejorar la seguridad del paciente, pero la exhaustividad dificultaría su uso y difusión, y probablemente se encontrarían con una resistencia considerable. El atractivo que tiene la simplicidad en este contexto no es desdeñable. Las medidas poco complicadas son las más fáciles de establecer y pueden tener efectos profundos en un amplio abanico de entornos

Amplitud de Aplicación: De habernos centrado en un entorno concreto con determinados recursos habría cambiado el tipo de cuestiones debatidas (por ejemplo, los requisitos mínimos de equipamiento en entornos con escasos recursos). Sin embargo, el objetivo del reto es abarcar todos los ambientes y entornos, desde los más ricos hasta los más pobres en recursos. Además, en todos los entornos y ambientes se producen fallos regulares que pueden atajarse con soluciones comunes.

Mensurabilidad: Un elemento clave del segundo reto es la medición del impacto. Deben seleccionarse instrumentos de medida significativos, aunque sólo se refieran a procesos indirectos, y que sean aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto.

Se ha demostrado que el uso de la Lista de la OMS para la Seguridad Quirúrgica mejora la observancia de normas básicas de atención quirúrgica en diversos hospitales de todo el mundo. Aunque es probable que la relación entre la observancia de las normas y el descenso de las tasas de complicaciones dependa de múltiples factores, la mejora de la seguridad y fiabilidad de la atención quirúrgica puede salvar vidas y fomentar la confianza en el sistema de salud. (OMS, 2009)

2.3.14.3 Factores que influyen en su cumplimiento

Existen diversos factores que limitan el cumplimiento y aplicación correcta de LVCS, como han encontrado en un estudio realizado por Figueroa, Inoñan y Bazán (2018): falta de concientización, apoyo en la capacitación, responsabilidad e interés; omisión de la firma, rutina.

2.4 Marco legal

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: Capítulo 1 de las garantías individuales.

Artículo 4º.- Toda persona tiene derecho a la protección de la salud

Artículo 123, del trabajo y previsión social.- Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil, efecto de promover la creación de empleo y organización social para el trabajo conforme a la ley.

El Artículo 4 menciona con respecto a la seguridad del paciente quirúrgico que:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución.

Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas.

Ley general de salud.

Artículo 20.- El derecho a la protección de salud.

Los derechos a la salud del paciente garantizados en la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos son los siguientes.

1. Recibir servicios integrales de salud.
2. Acceso igualitario a la atención.
3. Trato digno, respetuoso y atención de calidad.
4. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud.
5. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

6. Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Protección Social en Salud.
7. Contar con su expediente clínico.
8. Decidir libremente sobre su atención.
9. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos.
10. Ser tratado con confidencialidad.
11. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
12. Recibir atención médica en urgencias.
13. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica.
14. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban.
15. Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas.
16. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

2.5 Marco normativo

Esta investigación hace referencia a los siguientes documentos:

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente clínico.

NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud, Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas

con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

Guía La cirugía segura salva vidas WHO/IER/PSP/2008.07

ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

Guía de la prevención y diagnóstico de la infección de sitio quirúrgico.

Guía de práctica clínica de seguridad del paciente quirúrgico.

Capítulo 3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo y diseño de investigación

Es un estudio cuantitativo, descriptivo observacional donde se verificó el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería y se determinó el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura, es un estudio transversal de tipo no experimental porque se observó la práctica de enfermería en un tiempo determinado.

3.2 Ruta de la investigación

Estudio realizado en un periodo de mayo a diciembre de 2019. Posterior a la investigación, se crearon propuestas de capacitación al personal de enfermería sobre el cumplimiento adecuado de la lista de verificación de la lista de cirugía segura.

3.3 Método

Método hipotético-deductivo al realizar suposición a través de experiencia observacional (Parra, 2018).

3.4 Universo

Personal de enfermería que labora en el Hospital General Acapulco, Guerrero.

3.5 Población

Todo el personal de enfermería que cumple con el rol de circulante en el quirófano del turno matutino, vespertino y jornada acumulada del Hospital General Acapulco.

3.6 Muestra

Por conveniencia, por contar con una población pequeña.

3.8 Criterios de selección

- a. Inclusión: personal de enfermería que laboró en el servicio de quirófano con el rol de circulante; que estuvieron dispuestos a participar en la investigación y autorizaron el consentimiento informado.
- b. Exclusión: personal de enfermería con cargo administrativo; que no laboró en el servicio de quirófano; que estuvieron ausentes; que cubrieron guardias o incidencias, que no desearon participar; y enfermeras pasantes.
- c. Eliminación: cuestionarios incompletos.

3.9 Variables operacionales

Variables dependientes: Cumplimiento de la lista de cirugía segura y conocimiento sobre la LVCS.

Variables independientes: Edad, género, turno, estado civil, grado de estudio, experiencia laboral, tiempo de servicio en el quirófano, fase de entrada de la lista de verificación de cirugía segura, fase pausa quirúrgica de la lista de verificación de cirugía segura, fase de salida de la lista de verificación de cirugía segura.

3.10 Técnicas e instrumentos de investigación

En esta investigación se aplicó dos instrumentos, el primer instrumento fue la guía de observación (anexo 1) que permitió verificar el cumplimiento de cada uno de los ítems de las fases de la lista de verificación de cirugía segura, correspondientes: Antes de inducción de anestesia (Entrada), Antes de incisión quirúrgica (Pausa), Antes de salida del paciente del quirófano (Salida); mediante el estudio de sombra al personal de enfermería circulante que labora en el área de quirófano. Este instrumento consta un total de 20 indicadores, para las respuestas dicotómicas se asignó a Si cumple: 1 punto y No cumple: 0, obteniendo un total de 20 puntos. Para determinar el nivel de cumplimiento se basó en la escala de la ACOFAEN (Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería) (2012) usando en la investigación los siguientes rangos:

Excelente: 19-20 puntos, Significativo: 17-18 puntos, Parcial: 15-16 puntos, Mínimo: 13-14 puntos, No cumplimiento: \leq 13 puntos.

El segundo instrumento fue el cuestionario diseñado y validado por Moreta D (2015), también citado, modificado por Albino y colaboradores (2017); que consta de 12 preguntas anexando una pregunta por la investigadora dando un total de 13 preguntas para determinar el conocimiento que se tiene sobre la lista de verificación de cirugía segura, a cada pregunta se le dio un valor de 1 punto, resultando un total de 13 puntos (Anexo 2). Se obtuvo el nivel de conocimiento de acuerdo a la siguiente puntuación: alto de 10 – 13 puntos, medio: 6 – 9 puntos, Bajo: 0 - 5 puntos.

3.11 Análisis de la información

Una vez recolectados los datos fueron tabulados en el programa paquete estadístico SPSS versión 23, se realizó análisis univariado y Bivariado, se utilizó la Chi cuadrada de Pearson para medir la significancia estadística entre la variable independiente y dependiente. Los resultados se presentaron en forma de tablas.

Para el procesamiento de la información fue necesario realizar la codificación de las repuestas. La medición de la variable de cumplimiento se clasificó en: Excelente, significativo, parcial, mínimo y No cumplimiento. La variable conocimiento: Alto, medio y bajo.

3.12 Limitaciones metodológicas

- Disponibilidad del personal de enfermería.
- Cancelación de programaciones de intervenciones quirúrgicas por falta de material.
- Tiempo de campaña de cirugías ortopédicas.

3.13 Consideraciones éticas

Esta investigación se basó en los principios de Helsinki y los lineamientos de la ley general de salud de México. Se respetaron los principios básicos: Autonomía, Beneficiencia, No maleficencia, Justicia, Equidad y confidencialidad.

Autonomía. Se da la libertad del individuo de decidir su participación en el estudio.

Beneficiencia. Esta investigación contribuye en hacer el bien al permitir dar propuestas para mejorar el cumplimiento de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía.

No maleficencia. El estudio no tuvo intención de causar algún daño a nuestros participantes ya que fue tipo transversal, además los datos personales proporcionados se mantuvieron de forma anónima.

Justicia. Se estudió de igual manera a todo el personal considerado en la investigación.

Equidad. A todos los participantes se les dio el mismo trato.

Confidencialidad. La información individual proporcionada es resguardada exclusivamente al investigador.

La recolección de los datos se realizó mediante autorización del personal correspondiente y bajo consentimiento informado por parte del encuestado (Anexo 5).

Capítulo 4 RESULTADOS

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se tomó en cuenta un total de 18 personales de enfermería.

Análisis univariado

Según los datos sociodemográficos de los participantes: La edad que predominó fue de 40 a 49 años con un 38.9%, la mediana fue de 40.50 y la media de 40.28 con una desviación estándar de 11.087. En cuanto al género de los participantes predomina el sexo femenino con un 77.8%. En la distribución del estado civil el 85.53% son casada(os) y el 11.1% divorciada(os). El porcentaje del personal de enfermería según los tres turnos que participaron fueron equitativo en un 33.3%. La distribución del grado de estudio fue 55.6% de licenciatura y solo el 11.1% de maestría. Según datos laborales: referente al tipo de contrato, el porcentaje de los participantes que están basificados es de 55.6% siendo mayor que los regularizados y eventuales con un 11.1%. En cuanto al tiempo de servicio en el quirófano que lleva el personal de enfermería, que corresponde al rango de 1 a 5 años es de 55.6%. (Véase tabla N°1).

Tabla N°1.

Datos sociodemográficos y laborales del personal de enfermería.

Características	Categoría	Frecuencia	%
Sexo	Femenino	14	77.8%
	Masculino	4	22.2%
Edad por rangos	20 a 29 años	4	22.2%
	30 a 39 años	4	22.2%
	40 a 49 años	7	38.9%
	50 años y más	3	16.7%
Estado civil	soltera(o)	7	38.9%
	casada(o)	8	44.4%
	Unión Libre	1	5.6%
	Divorciada (o)	2	11.1%
Turno laboral	Matutino	6	33.3%
	vespertino	6	33.3%
	jornada acumulado	6	33.3%
Grado de estudio	licenciatura	10	55.6%
	especialidad	6	33.3%
	Maestría	2	11.1%
Experiencia	0-10 años	8	44.4%
	11 a 20 años	5	27.8%
	Más de 20 años	5	27.8%
Servicio en el quirófano	1 a 5 años	10	55.6%
	6 a 10 años	2	11.1%
	11 a 15 años	2	11.1%
	más de 15 años	4	22.2%

Fuente: Guía de observación y cuestionario LVCS al personal de enfermería, diciembre de 2019.

Al verificar el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura, se encontró que solo el 5.6% del profesional de enfermería que participó lo cumple de forma excelente y el 38.9% no cumple.

Tabla N°2

Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura

Escala ACOFAEN	Frecuencia	%
Excelente	1	5.6%
Significativo	2	11.1%
Parcial	3	16.7%
Mínimo	5	27.8%
No cumple	7	38.9%
Total	18	100%

Fuente: Guía de observación LVCS al personal de enfermería, diciembre de 2019.

Según las tres fases de la lista de verificación de cirugía segura: en la entrada se cumplió de forma mínimo con un 27.8% y no cumplió con 27.8%; en la pausa se cumplió de forma mínimo con 66.7% y en la salida se cumple significativamente con un 38.9%.

Tabla N°3

Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por fases

	ENTRADA		PAUSA		SALIDA	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Excelente	2	11.1%	1	5.6%	5	27.8%
significativo	2	11.1%	0	0.0%	7	38.9%
parcial	4	22.2%	2	11.1%	4	22.2%
mínimo	5	27.8%	12	66.7%	1	5.6%
No cumple	5	27.8%	3	16.7%	1	5.6%
Total	18	100.0%	18	100.0%	18	100.0%

Fuente: Guía de observación LVCS al personal de enfermería, diciembre de 2019.

Los indicadores de la fase de entrada (antes de la inducción de anestesia), observándose que: paciente confirma su identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y su consentimiento se cumple en un 72.2%; y el indicador se confirma si existe riesgo de enfermedad tromboembólica no se cumple 88.9 %.

Tabla 3.1

Fase Entrada Quirúrgica

INDICADOR	Se cumple		No se cumple		No procede	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
1. Paciente confirma su identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y su consentimiento.	13	72.2%	5	27.8%	0	0
2. Marcado de sitio quirúrgico.	3	16.7%	5	27.8%	10	55.6
3. Se completa la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica.	17	94.4%	1	5.6%	0	0
4. Se coloca el pulsioxímetro al paciente y se verifica su funcionamiento.	18	100%	0	0	0	0
5. Se confirma si el paciente tiene alérgicas conocidas.	17	94.4%	1	5.6%	0	0
6. Se confirma si el paciente tiene vía aérea difícil/ riesgo de aspiración.	8	44.4%	10	55.6%	0	0
7. Se confirma si el paciente tiene riesgo de hemorragia \geq 500 ml (7 ml/kg en niños).	10	55.6%	8	44.4%	0	0
8. Se confirma si existe riesgo de enfermedad tromboembólica	2	11.1%	16	88.9%	0	0

Fuente: Guía de observación LVCS al personal de enfermería, diciembre de 2019.

Los indicadores de la fase pausa quirúrgica, se identificó que: Verifica si la enfermera confirma la esterilidad y si hay dudas o problemas con el instrumental y los equipos, se cumple en un 100%; y Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función, no se cumple en un 94.4%.

Tabla 3.2

Fase Pausa Quirúrgica

INDICADOR	Se cumple		No se cumple		No procede	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
1. Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.	1	5.6%	17	94.4%	0	0
2. Confirmar la identidad del paciente, sitio quirúrgico y el procedimiento.	3	16.7%	15	83.3%	0	0
3. Verificar si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.	15	83.3%	3	16.7%	0	0
4. Se verifica con el cirujano los pasos críticos, duración de la operación y cuál es la pérdida de sangre prevista.	4	22.2%	14	77.8%	0	0
5. Verifica con el anestesista si el paciente tiene algún problema específico.	15	83.3%	3	16.7%	0	0
6. Verifica si la enfermera confirma la esterilidad y si hay dudas o problemas con el instrumental y los equipos.	18	100%	0	0	0	0
7. Verifica si se puede visualizar las imágenes diagnósticas esenciales	11	61.1%	0	0	7	38.9%

Fuente: Guía de observación LVCS al personal de enfermería, diciembre de 2019.

En la fase de salida quirúrgica, se encontró que los indicadores: Se reafirma el recuento de instrumentos, gasas y agujas, se cumple en un 100%; y Se confirma verbalmente el nombre del procedimiento, no se cumple en un 72.2%, seguido el indicador 5 con un 33.3%.

Tabla 3.3

Fase salida Quirúrgica

INDICADOR	Se cumple		No se cumple		No procede	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
1. Se confirma verbalmente el nombre del procedimiento.	6	33.3%	12	66.7%	0	0
2. Se reafirma el recuento de instrumentos, gasas y agujas.	18	100%	0	0	0	0
3. Se confirma el etiquetado de las muestras (lectura en voz alta de la etiqueta).	6	33.3%	3	16.7%	9	50%
4. Se corrobora si hay problemas relacionados con los equipos habituales en los quirófanos.	17	94.4%	1	5.6%	0	0
5. Se revisa los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente por el cirujano, el anestesista y la enfermera	12	66.7%	6	33.3%	0	0

Fuente: Guía de observación LVCS al personal de enfermería, diciembre de 2019.

Al identificar el nivel de conocimiento del personal de enfermería participantes, se observa que solo el 16.7% presenta conocimiento alto y el 5.6% conocimiento bajo.

Tabla N°4

Nivel de conocimiento de los participantes

Escala de conocimiento	Frecuencia	%
Conocimiento bajo	1	5.6
Conocimiento medio	14	77.8
Conocimiento alto	3	16.7
Total	18	100

Fuente: Guía de observación y cuestionario LVCS al personal de enfermería, diciembre de 2019.

Con relación al tipo de cirugía en función al grado de urgencia que fueron realizados durante la observación del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura, la de mayor porcentaje fueron urgente con un 61.1%. Según la clasificación por su extensión de la intervención quirúrgica que fueron realizados durante la observación del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura, predomina la intervención quirúrgica mayor con un 88.9%.

Tabla N° 5
Tipo de cirugía

	Categoría	Frecuencia	%
Grado de urgencia	Programada	7	38.9
	Urgente	11	61.1
	Total	18	100.0
Por su extensión	Mayor	16	88.9
	Menor	2	11.1
	Total	18	100.0

Fuente: Guía de observación y cuestionario LVCS al personal de enfermería, diciembre de 2019.

Al analizar la última pregunta sobre la inconveniencia de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, el 44.4% del personal de enfermería indicó que es debido a la falta de conocimiento de su importancia, seguido a la falta de unidad del equipo quirúrgico con un 27.8%

Tabla N°6

¿Cuál considera qué es el principal inconveniente de la aplicación de la LVCS en la institución?

	Frecuencia	%
Falta de conocimiento de su importancia	8	44.4
Falta de tiempo para realizarlo	3	16.7
Falta de unidad del equipo quirúrgico	5	27.8
Falta de material para realizarlo	2	11.1
Total	18	100.0

Fuente: Cuestionario LVCS al personal de enfermería, diciembre de 2019.

Análisis bivariado

Se realizó el análisis bivariado de las variables sociodemográficos con variable cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura, no encontrando así significancia estadística.

Tabla N° 7

Variable	Valor Pearson	Chi-cuadrado de	Significación asintótica
Edad	11.256		.507
Sexo	4.555		.336
Estado civil	14.744		.256
Turno	8.086		.425
Grado de estudio	6.331		.610
Tipo de contrato	5.319		.946
Experiencia laboral	11.501		.175
Tiempo de servicio en el quirófano	17.846		.120

Fuente: Guía de observación y cuestionario LVCS al personal de enfermería, diciembre de 2019.

Relación entre la variable cumplimiento con conocimiento

El análisis bivariado entre la variable resultado cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura con la variable nivel de conocimiento no tiene significancia estadística.

Tabla N°8

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.757 ^a	8	.563
N de casos válidos	18		

a. 14 casillas (93.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .06.

No existe una relación significativa a un nivel de significancia del 5% ($SIG > .05$) entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería en Hospital General de Guerrero, 2019.

Comprobación de hipótesis

Ho $P > .50$.

Ho: La mayoría del personal de enfermería no realiza el cumplimiento adecuado de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del servicio de quirófano del hospital general, Acapulco. Se acepta hipótesis nula.

Tabla N°9
Prueba binomial

		Categoría	N	Prop. observada	Prop. de prueba	Significación exacta (unilateral)
HIPO1	Grupo 1	No cumple	17	.9	.9	.450
	Grupo 2	Si cumple	1	.1		
	Total		18	1.0		

Fuente: Guía de observación y cuestionario LVCS al personal de enfermería, diciembre de 2019.

Ho $P > .50$

Ha $P < .50$

Si $\alpha = 0.05$. Obteniendo una sign. menor $= .008$. Por lo tanto se rechaza Ho.

Ho: El conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del hospital general de Guerrero es alto.

Tabla N°10
Prueba binomial

		Categoría	N	Prop. observada	Prop. de prueba	Significación exacta (bilateral)
HIPO2	Grupo 1	No alto	15	.83	.50	.008
	Grupo 2	Alto	3	.17		
	Total		18	1.00		

Fuente: Guía de observación y cuestionario LVCS al personal de enfermería, diciembre de 2019.

Capítulo 5 DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio señalan que el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura no es adecuada, se encontró que solo el 5.6% del profesional de enfermería que participó lo cumple de forma excelente, un 11.1% significativo, un 16.7% parcial, un 27.8% mínimo, y un 38.9% no cumple. **Similar** a un estudio titulado “cumplimiento del listado de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico en sala operaciones de Emergencia del hospital nacional arzobispo Loayza, Lima”, se determinó un cumplimiento parcial con un 50,92%, un no cumplimiento con un 28,70%, un cumplimiento mínimo con un 14,81% y un cumplimiento de excelencia con un 5,55% de la lista de verificación de cirugía segura (Chunga Sandobal, 2018).

En el presente estudio el porcentaje del no cumplimiento fue de 38.9%, tomando en cuenta que la muestra fue el personal de enfermería, **diferente** a la investigación de Torres AL (2017) en Perú quien determinó el nivel de cumplimiento de lista de verificación de cirugía segura en el servicio quirúrgico, también por la escala ACOFAEM, con una muestra de 138 listas de verificación de cirugía segura: el 0.7% de los casos cumple de manera excelente, 0.7% de manera parcial, 2.2% de manera mínimo y el 96.4 no cumple.

En contraste a los resultados obtenidos en esta investigación, se citan otros estudios de países latinos: en Perú, Izquierdo (2016) en su estudio reveló que un 32% cumple y un 68% no cumple la lista de verificación de cirugía segura (LVCS), sin embargo un porcentaje significativo cumple; la enfermera realizó el mayor cumplimiento (la enfermera cumple 72% y no cumple 28% con la lista de verificación de cirugía segura: en la fase antes de la inducción anestésica, cumple 97% y no cumple 3%; en la pausa quirúrgica, cumple un 84% y no cumple 16%; en la fase antes que el paciente abandone quirófano, cumple en un 91%). Mientras que Rentería Ortiz (2019) encontró el nivel de cumplimiento del llenado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en cuanto a las enfermeras con el 73.9%. Así mismo en el estudio realizado por Pozo G (2015) titulado “verificación de la lista de chequeo para la cirugía segura

establecida por la Organización Mundial de la Salud desde la perspectiva del paciente, en el hospital metropolitano de Quito en el año 2015", encontró que los ítems de la lista de verificación cumplieron en el 79%, según los pacientes, obtuvo porcentajes casi **similares** a Izquierdo y Rentería, difiriendo en la población de estudio.

Con respecto a las tres fases de la lista de verificación de cirugía segura en esta investigación: en la entrada se cumplió de forma mínimo con un 27.8% y no cumplió con 27.8%; en la pausa se cumplió de forma mínimo con 66.7% y en la salida se cumplió significativamente con un 38.9%. Detallando en la fase de entrada (antes de la inducción de anestesia); observando el indicador Paciente confirma su identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y su consentimiento se cumple en un 72.2%; y el indicador se confirma si existe riesgo de enfermedad tromboembólica no se cumple 88.9 %. En la fase pausa quirúrgica (antes de la incisión de la piel): el indicador Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función, no se cumple en un 94.4%. En la fase de salida (antes de que el paciente salga del quirófano): el indicador Se confirma verbalmente el nombre del procedimiento, no se cumple en un 72.2%. Estos resultados señalan que no se lleva a cabo el cumplimiento adecuado y correcto de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura como lo indica la OMS.

En relación a investigación a nivel nacional, realizado por Torres, Villanueva y Marroquin (2014) sus resultados fueron más favorables **diferente** al presente (porcentaje de 27.8% en cumplimiento mínimo y 38.9% de no cumplimiento) al evidenciar el nivel de apego a la Lista de Verificación de Cirugía Segura con un porcentaje 76%, lo cual indica un cumplimiento parcial, y de acuerdo a las fases: en la fase pre quirúrgica un 96%, en el intermedio quirúrgico un 77% y en el tiempo de salida en un 65%. Otro por Trujillo MG, et al., (2016) llevado a cabo en Chiapas se cumplió un promedio del 80% en la entrada quirúrgica, 83% en la pausa quirúrgica y un 90% en la salida de la lista de verificación. Encontrándose áreas de oportunidad que garanticen la seguridad de los pacientes en el proceso quirúrgico. Así mismo a nivel local Mejía AG, Villanueva R y Terrazas S. (2018), realizaron un trabajo de intervención educativa donde se observó el porcentaje inicial del cumplimiento de la

lista de verificación de cirugía segura de 46.43%, después de la intervención incrementó un 28.57%.

En cuanto al nivel de conocimiento del personal de enfermería en esta investigación, se identificó tan solo un 16.7% con conocimiento alto, el 77.8 % conocimiento medio y el 5.6% conocimiento bajo, representando porcentajes alarmantes, preocupantes *similar* a la investigación de la Dra., Moreta Sanafria (2015) quien determinó el grado de conocimiento de la aplicación de la lista de verificación en los diferentes profesionales del equipo quirúrgico a través de una encuesta directa, obtuvo que solo el 11% a nivel global realizaron la normativa completamente, dentro de este grupo las enfermeras son las de mayor porcentaje con 22.7%; **Coincidiendo** en ambos estudios que el grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura fue menor de lo esperado, la falta del conocimiento de su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico se han reconocido como obstáculos que llevan al incumplimiento de la lista.

Por otro lado al relacionar el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería en Hospital General de Guerrero, no hubo significancia estadística. Se diferencia con las investigaciones en Perú: 1. Fuentes Huamán (2018) titulado “Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza” donde se dedujo que existe correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación del equipo quirúrgico de la sala de operaciones; 2. Lázaro R. (2017) determinó que existe la relación directa entre el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, del mismo modo que entre el conocimiento y cada una de las dimensiones de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

Capítulo 6

CONCLUSIONES

El personal de enfermería en servicio de quirófano en el Hospital General Acapulco no realiza el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura.

El cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura según las tres fases de la lista de verificación de cirugía segura: en la entrada fue mínimo, en la pausa quirúrgica fue mínimo; y en la salida fue significativo.

El conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería de las salas de quirófano del Hospital General se encontró en un nivel medio.

El cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura y el conocimiento que presenta el personal de enfermería sobre la misma no se relacionó estadísticamente.

PROPUESTAS

Que la jefatura de enfermería del área quirúrgica del Hospital General en coordinación con área de enseñanza realicen intervención educativa, capacitaciones de actualización al personal de enfermería sobre el manejo de la lista de verificación de cirugía segura para que impacte en el cumplimiento. Así mismo sensibilizar al personal de enfermería para que tome el control en la aplicación de los parámetros del checklist.

Que la jefatura de enseñanza del Hospital General realice sesiones para sensibilizar a los miembros del equipo quirúrgico sobre la importancia de la aplicación correcta de cada uno de las fases de la lista de verificación de cirugía segura. También que incluyan en sus cursos de inducción de los residentes de cirugía, residentes de anestesiología y pasantes de enfermería cómo aplicar la lista de verificación de cirugía segura para que ellos lo lleven a cabo, así crearán el hábito de la seguridad permitiendo en el futuro mejor atención al paciente quirúrgico.

Que la autoridad del Hospital General cree un comité de calidad exclusivo para la seguridad del paciente quirúrgico que se encargue de evaluaciones constantes y realice cursos al respecto.

A los futuros investigadores se recomienda realizar un estudio local sobre la lista de verificación de cirugía segura con una población más amplia, o donde la muestra sean los integrantes del equipo para describir el nivel de cumplimiento de cada uno de ellos, con el fin de establecer medidas de intervención para cada categoría de profesión que componen el equipo quirúrgico en base a sus debilidades y fortalezas, según los resultados que proporcione la investigación.

Se sugiere a los estudiantes de la especialidad quirúrgica realicen una intervención educativa sobre la lista de verificación de cirugía segura e investigación posterior en un tiempo determinado y adecuado.

Al personal de enfermería que tome conciencia sobre el papel de coordinar el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura y se actualice constantemente con respecto al tema de seguridad del paciente.

Capítulo 7 BIBLIOGRAFÍA

- Rivas-Espinosa, J. G., Verde Flota, E. E., Ramirez Villegas, R. M., Guerra Escamilla, L. M., & Ramirez Espinosa, L. (2015). Cumplimiento de las metas internacionales para la seguridad del paciente. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.*, 135-42. Recuperado el 26 de 03 de 2019
- Abel, A. G. (2014). *Cirugía 1 Educación quirúrgica*. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA.
- Albino Villogas, Y., Briceño Barrientos, L., & Moquillaza Valle, K. (2017). Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las enfermeras mde centro quirúrgico en un hospital nacional. Lima, Perú. Recuperado el 10 de Octubre de 2017
- Alpendre FT, C. E. (2017). Cirugía segura: validación de checklist pre y postoperatorio. 25. Brasil: Rev. Latino-Am. Enfermagem. doi:10.1590/1518-8345.1854.2907
- Campos Rubio, L., Chino Ruiz, J., & Cerna Rebaza, L. (2014). Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del hospital Base Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo- 2014. 20. Recuperado el 11 de febrero de 2019, de <http://www.revistas.unitru.edu.pe/index.php/SCIENDO/article/viewFile/1026/954>
- Chunga Sandobal, L. D. (abril de 2018). Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico en el servicio de sala de operaciones de emergencia del hospital nacional Arzobispo Loayza, Lima abril 2018. Lima, Perú. Recuperado el 6 de 10 de 2019, de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/4698/1/Chunga_%20Luciana.pdf
- CSG (Ed.). (2017). Las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del modelo de seguridad de paciente deL CSG. (2017). General Consejo de Salubridad. Recuperado el 18 de 04 de 19, de http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf
- DOF. (02 de 09 de 2013). *NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

- DOF. (8 de septiembre de 2017). *ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*. Recuperado el 18 de abril de 2019, de Diario Oficial de la Federación: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente?idiom=es>
- DOF. (08 de 09 de 2017). *ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*. Obtenido de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08%2F09%2F2017
- Félix León, M., Vicente Ruíz, M. A., & De la Cruz García, C. (septiembre-diciembre de 2015). Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México 2016. *15*(3). Villahermosa, Tabasco, México: Horizonte Sanitario. Recuperado el 4 de 10 de 2019, de http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/1106/pdf_16
- Fernández Cantón, S. (s.f). *Los eventos adversos y la seguridad del paciente*. Recuperado el 16 de Abril de 2019, de CONAMED: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf
- Fuentes Huamán, L. L. (2018). Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú. Recuperado el 27 de 10 de 19, de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/23992>
- García Flores, M., & Rincón Sánchez, S. R. (2012). *Manual de Enfermería Quirúrgica* (1° ed.). (H. G. México, Ed.) México: Mc Graw Hill interamericana. Recuperado el 18 de 03 de 23
- Izquierdo Baca, F. d. (2016). Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional. Lima, Perú. Recuperado el 02 de Mayo de 2019

- Justo Delzo, M., & Paredes Campos, E. (2017). Eficacia del uso de la lista de verificación checklist para disminuir los eventos adversos en pacientes sometidos a cirugía. Lima, Perú. Recuperado el 2 de septiembre de 2019
- Lois Hamlin, M. R.-T. (2010). *Enfermería perioperatoria*. México: El manual moderno.
- López Gavito, E., Arroyo Aparicio, J., Zamora Lizárraga, A., & Montalvo López, A. (2016). La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad. 38. Mazatlán, Sinaloa, México. Recuperado el 2 de septiembre de 2019
- Moreta Sanafria, D. C. (2015). Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante. Quito, Ecuador. Recuperado el 26 de 10 de 19, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4753>
- OMS. (2008). *Alianza Mundial para la Salud*. doi:WHO/IER/PSP/2008.07
- OMS. (2009). *Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009*. Recuperado el 3 de Mayo de 2019, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf?sequence=1
- Pozo Gutiérrez, C. N. (22 de abril de 2015). Verificación de la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la organización mundial de la salud (OMS) desde la perspectiva del paciente, en el hospital metropolitano de quito en el año 2015. Quito. Recuperado el 03 de mayo de 2019, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4649>
- Rentería Ortiz, K. S. (2019). Nivel de cumplimiento del llenado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Perú. Recuperado el 20 de junio de 2019, de https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPRG_a85a6e6b8a6ced48058874b2644982dd/Details
- Rincón Sánchez, S. R., & García Flores, M. (2012). *MANUAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA*. México: McGrawHill-interamericana .

- Rivero García, D., & Nolasco Gonzalez, A. (2012). Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. México. Obtenido de <http://www.index-f.com/rmec/20pdf/20-047.pdf>
- SSA. (2013). *GPC*. Obtenido de Intervenciones preventivas para la seguridad en el paciente quirúrgico.
- Torres Camarillo, I., Villanueva Vázquez, M. E., & Marroquin Cardona, M. d. (2014). Nivel de apego del equipo quirúrgico al cumplimiento en la lista de verificación de cirugía segura “en un hospital general de zona”. Monterrey, Nuevo León, México. Recuperado el 2 de Mayo de 2019, de <http://eprints.uanl.mx/9878/1/Nivel%20de%20apego%20de%20un%20equipo%20quirurgico.pdf>
- Torres Gozales, A. L. (2017). Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura, servicio de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión. Huancayo, Lima, Perú. Recuperado el 2 de Mayo de 2019
- Trujillo Vizuet, M. G., Culebro Marín, D. L., Dominguez Arrevillaga, S., Gomez, C. O., Pérez Tirado, J. M., & Cruz Recinos, I. R. (2016). Evaluación del cumplimiento de la lista de verificación en el área quirúrgica del hospital de alta especialidad de Chiapas. *Evidencia Médica e Investigación en salud*, 115-9. Obtenido de www.revistremis.com

Capítulo 8 ANEXOS

Anexo 1. Guía de observación

CUMPLIMIENTO DE LOS PARAMETROS DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE CIRUGIA SEGURA

I. DATOS DEMOGRAFICOS:

Edad: _____ Sexo: F () M ()

Grado de estudio: _____

TIPO DE CIRUGIA: Programada () Emergencia ()

INTERVENCION QUIRURGICA: Mayor () Menor ()

II.- ENTRADA

Antes de la inducción de la anestesia	Se cumple 1	No se cumple 0
1.- Paciente confirma su identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y su consentimiento.		
2.- Marcado de sitio quirúrgico.		
3.- Se completa la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica.		
4.- Se coloca el pulsioxímetro al paciente y se verifica su funcionamiento.		
5.- Se confirma si el paciente tiene alérgicas conocidas.		
6.- Se confirma si el paciente tiene vía aérea difícil/ riesgo de aspiración.		
7.- Se confirma si el paciente tiene riesgo de hemorragia \geq 500 ml (7 ml/kg en niños).		

III.- PAUSA QUIRÚRGICA

Antes de la incisión cutánea	Se cumple 1	No se cumple 0
8.- Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.		
9.- Confirmar la identidad del paciente, sitio quirúrgico y el procedimiento.		
10.- Verificar si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.		
Previsión de eventos críticos		
11.- Se verifica con el cirujano los pasos críticos, duración de la operación y cuál es la pérdida de sangre prevista.		
12.- Verifica con el anestesista si el paciente tiene algún problema específico.		
13.- Verifica si la enfermera confirma la esterilidad y si hay dudas o problemas con el instrumental y los equipos.		

14.- Verifica si se puede visualizar las imágenes diagnosticas esenciales		
---	--	--

IV.- SALIDA

Antes de que el paciente salga del quirófano	Se cumple 1	No se cumple 0
15.-Se confirma verbalmente el nombre del procedimiento.		
16.- Se reafirma el recuento de instrumentos. Gasas y agujas.		
17.- Se confirma el etiquetado de las muestras (lectura en voz alta de la etiqueta).		
18.- Se corrobora si hay problemas relacionados con los equipos habituales en los quirófanos.		
19.- Se revisa los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente por el cirujano, el anestesista y la enfermera		

*Confirmar de forma verbal y en voz alta, la realización de las acciones correspondiente a cada fase.

Anexo 2.

CUESTIONARIO

DATOS GENERALES

Edad: _____

Sexo: Femenino () Masculino ()

Estado civil: Soltera(o) Casada (o) Unión Libre Divorciada (o)

Grado de estudio: Técnico () Licenciatura () Especialidad () Otro: _____

Experiencia laboral como enfermera: _____

Tiempo de servicio en el quirófano: _____

Tipo de contrato: _____

INSTRUCCIONES. Subraya la respuesta según corresponda:

1. ¿Cuál es el objetivo principal de la lista de verificación de cirugía segura?

- a) *Minimizar eventos adversos evitables que pueden poner en riesgo la vida y bienestar del paciente.*
- b) *Aumentar la tasa de productividad del quirófano.*
- c) *Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico.*
- d) *Mejorar la relación médico paciente.*

2. ¿Qué integrante del equipo quirúrgico recomienda la OMS que coordine la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura?:

- a) *Cirujano*
- b) *Anestesista*
- c) *Enfermera circulante*
- d) *Enfermera instrumentista*

3. ¿La confirmación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento se realiza con el paciente?

- a) *Despierto*
- b) *Bajo la anestesia*
- c) *No es necesario*
- d) *Antes que ingrese a quirófano*

4. Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser aplicada:

- a) 24 horas antes de la cirugía
- b) 60 minutos antes de la cirugía
- c) 30 minutos antes de la cirugía
- d) No importa el momento de administración.

5. La vía aérea difícil, riesgo de aspiración y alergia a algún medicamento se confirma:

- a) Antes de la cirugía
- b) Durante la cirugía
- c) Antes de la inducción de anestesia
- d) Después de la salida del paciente del quirófano

6. El riesgo de hemorragia equivale a:

- a) Mayor a 200ml en adultos y 7ml/kg en niños
- b) Mayor a 400ml en adultos y 7ml/kg en niños
- c) Mayor a 500ml en adultos y 7ml/kg en niños
- d) Mayor de 1000ml en adultos y 7ml/kg en niños

7. En la pausa de la lista de verificación de cirugía segura

- a) Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.
- b) Es necesario la demarcación del sitio donde se realizará la incisión en cirugías de órganos bilaterales
- c) Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales.
- d) El cirujano, enfermera y anestesiólogo no confirman verbalmente: identificación del paciente, procedimiento, localización (incluir lateralidad) y posición.

8. En la previsión de eventos críticos por parte del cirujano todo es correcto, excepto:

- a) Describir pasos críticos
- b) La duración de la operación
- c) La pérdida de sangre prevista
- d) La técnica quirúrgica

9. En la previsión de eventos críticos por parte de la enfermera es incorrecto:

- a) Confirmar la esterilidad de equipos
- b) Informar problemas relacionados con el instrumental y equipos
- c) Visualizar imágenes diagnósticas esenciales
- d) Todo es correcto

10. Antes de que el paciente salga del quirófano la enfermera confirma:

- a) *El recuento de instrumento (gasas y agujas)*
- b) *El etiquetado de la muestras en voz alta con el nombre del paciente*
- c) *Si hay problemas con instrumental y equipos*
- d) *Todos son correctas*

11. Los aspectos críticos en la recuperación y el tratamiento del paciente lo indica:

- a) *Cirujano*
- b) *Anestesista*
- c) *Enfermera*
- d) *Todos*

12. Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, la muestra patológica consta:

- a) *El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente y nombre de la muestra anatomo patológica obtenida en la intervención quirúrgica.*
- b) *La rotulación incorrecta de la muestra anatomo patológica no afecta al paciente ya que estas son enviadas al laboratorio para confirmación.*
- c) *Las muestras anatomo patológicas no son parte de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.*
- d) *Las muestras anatomo patológicas son de interés únicamente del cirujano.*

13. Cómo se debe realizar el buen manejo de la lista de verificación de cirugía segura:

- a) *Confirmar de forma verbal y en voz alta, la realización de las acciones correspondiente a cada fase.*
- b) *Realizar el llenado mecánico de las casillas según las preguntas en cada fase de la lista de verificación de cirugía segura.*
- c) *Completar todos los datos del paciente de lista de verificación de cirugía segura previo a su intervención quirúrgica*
- d) *Ninguna de las anteriores*

¿Cuál considera que es el principal inconveniente de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en la institución?

- A) *Falta de conocimiento de su importancia*
- B) *Falta de tiempo para realizarlo*
- C) *Falta de unidad en el equipo quirúrgico*
- D) *Falta de material para realizarlo*

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

Anexo 3

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Cumplimiento	Es la acción para llevar a efecto algo.	Es la utilidad, la acción y efecto de aplicar el checklist en el paciente durante una intervención quirúrgica.	Nivel de cumplimiento (Escala de ACOFAEN): Excelente: 19-20 puntos, Significativo: 17-18 puntos, Parcial: 15-16 puntos, Mínimo: 13-14 puntos, No cumplimiento: ≤ 13 puntos.
Conocimiento	Hechos o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad.	Es un conjunto de conceptos e información que la enfermera de sala quirófono tiene acerca del check list operatorio.	Alto: 10 - 13 puntos Medio: 6 – 9 puntos Bajo: 0 - 5 puntos
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Acumulo de años vividos desde el nacimiento.	Edad en años cumplidos:
Género	refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres	Identidad de sexo de la persona	<ul style="list-style-type: none"> ○ Masculino ○ Femenino
Estado Civil	Situación sentimental de las personas	Estado civil de la persona	<ul style="list-style-type: none"> ○ Soltero ○ Unión Libre ○ Casado ○ Divorciado ○ Viudo
Turno	Conjunto de trabajadores que desempeñan su actividad al mismo	Cierto momento para el actuar de la persona, según la alternativa previamente acordada.	Turno matutino Turno vespertino Guardia A y B Jornadas Acumuladas

	tiempo, según un orden establecido previamente.		
Nivel de escolaridad	El nivel de educación más alto que una persona ha terminado.	Grado de estudio del personal de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Auxiliar en enfermería ○ Licenciatura ○ Especialista quirúrgica ○ Maestría
Experiencia laboral	Conjunto de conocimientos y aptitudes que un individuo ha adquirido a partir de realizar alguna actividad profesional en un transcurso de tiempo determinado.	Años que una persona ha dedicado a alguna actividad específica.	Años que labora como enfermera.____
Tiempo en el quirófano	Período determinado durante el que se realiza una acción.	Años que labora en el quirófano	Tiempo de servicio en el quirófano:____
LVCS	es una herramienta con la que, además de garantizar la seguridad del paciente, se facilita y acredita la buena praxis por parte de los profesionales sanitarios	Utilización de la lista de chequeo, cumpliendo con los tiempos señalados y los ítems de seguridad de cada uno de ellos.	Fases: <ul style="list-style-type: none"> ○ Entrada ○ Pausa Quirúrgica ○ Salida
Entrada	Al ingresar el paciente a la sala de operaciones, antes de inducción a la anestesia.	Se refiere a las actividades que realiza el equipo quirúrgico antes de la inducción anestésica, y es verificada por la enfermera en este primer tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identidad del paciente, consentimiento del paciente firmado, sitio quirúrgico, procedimiento. ○ Marcado del sitio quirúrgico. ○ Control del equipo de anestesia. ○ Pulsioxímetro. ○ Alergias. ○ Vía aérea/riesgo de aspiración.

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Riesgo de hemorragia. ○ Riesgo de enfermedad tromboélica.
Pausa quirúrgica	Antes de la incisión Quirúrgica	Son las acciones que realiza el equipo quirúrgico antes de la incisión quirúrgica, y es verificada por la enfermera	<ul style="list-style-type: none"> ○ Presentación miembros equipo quirúrgico. ○ Profilaxis antibiótica. ○ Eventos críticos: Cirujano. ○ Eventos críticos: Anestesista. ○ Eventos críticos: Enfermería. ○ Imágenes diagnósticas.
Salida	Antes de cerrar incisión quirúrgica. Antes de que el paciente salga de la sala de operaciones	Se refiere a las acciones que realiza el equipo quirúrgico antes de que el paciente abandone el quirófano siendo verificada por la enfermera	<ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimiento quirúrgico realizado. ○ Recuento del instrumental, gasas y agujas. ○ Etiquetado de muestras. ○ Problemas con los equipos biomédicos. ○ Revisión para recuperación/tratamiento

Anexo 5.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Título del protocolo de investigación: Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería del quirófano del hospital general, 2019.

Sede: Hospital general Acapulco, Guerrero, salas de operación.

Periodo: Noviembre

Investigadora: Lic. Enf. Caritina Gatica Pinzón

Objetivo de estudio: Evaluar el cumplimiento de enfermería a lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería en el servicio de quirófano del hospital general.

Participación/retiro/compensación: su participación será permitir que sea observada durante su actuar en el proceso de cuidado y atención del paciente quirúrgico; no se generará algún tipo de retribución económica al participar en el estudio, ni al término del mismo; así como también no generará algún costo hacia su persona. Usted está en el derecho de no participar en el estudio sin que afecte si actividad laboral.

Beneficios: no recibirá algún beneficio directo, sin embargo, su participación ayudará a identificar las áreas de oportunidad en el personal de enfermería en la atención del paciente quirúrgico; así como a diseñar intervenciones efectivas para la práctica clínica, orientadas a la mejora de la actividad de enfermería, y mantener el control en la seguridad del paciente.

Potenciales riesgos: los riesgos potenciales que implican su participación son nulos ya que se considera un estudio sin riesgo.

Privacidad y confidencialidad: se da la seguridad que no se identificará al personal en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos serán manejados en forma confidencial.

Por lo anterior la investigadora se compromete a dar información oportuna sobre cualquier pregunta y /o aclarar cualquier duda sobre su participación en el estudio.

Consentimiento informado de participante.

Yo _____ he sido informado(a) por la investigadora acerca de mi participación, riesgos potenciales, compensación, beneficios así como la privacidad y confidencialidad en el estudio. He realizado las preguntas que considero oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables; por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que sea observad durante mi actuar en la atención del paciente quirúrgico.

Fecha:

Nombre y firma del participante

Firma de la investigadora

Anexo 6

Presupuesto

Material o equipo	Cantidad	Precio	Total
Laptop HP	1	7000	7000
Impresora	1	3000	3000
Energía eléctrica	6 bimensual	300	1800
Internet	12 meses	350	4200
Telefonía celular	12 paquete	100	1200
Hojas blancas	5 paquete	80	400
Escritorio	1	600	600
Silla	1	400	400
Total			18,600